

ESTADO DE NEW YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO
SOLO ADOPCIÓN

Instrucciones:

Solicitantes: Abajo, se mencionan características e intereses de los niños que pueden necesitar un alojamiento adoptivo. Seleccione aquellos a los que su familia quiere y puede adaptarse.

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES:		
CARACTERÍSTICAS	NO	Sí
Agresión contra otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresión contra objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis nocturna o encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición médica crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquema de medicación complejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricciones alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citas frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetivo de adopción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de comportamientos pirómanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de ausencia sin permiso (AWOL) o escapes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de involucración con la justicia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de explotación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con las actividades diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesbiana, gay o bisexual (LGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita un esquema accesible para discapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita un esquema libre de fumadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita un esquema sin mascotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está embarazada o tiene hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autolesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidades educativas especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamiento especial para condición médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de sustancias que no necesita tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas de autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transgénero o género no conforme (TGNC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresión verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERESES	NO	Sí
Arte y manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocina/pastelería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cine, videojuegos o televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artes escénicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lectura/Escritura creativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARA COMPLETAR NOMBRE DE LOS SOLICITANTES: NOMBRE DE LA AGENCIA:

Ciencias/Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tecnología/Ingeniería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL SOLICITANTE: X	FECHA: / /
FIRMA DEL SOLICITANTE: X	FECHA: / /